



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBI. NRW. 2000 Nr. 38](#)
Veröffentlichungsdatum: 20.03.2000
Seite: 684

II

Ausfertigung der Neufassung der Anlage zum Honorarverteilungsmaßstab der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

**Kassenzahnärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe**

**Ausfertigung der Neufassung
der Anlage zum Honorarverteilungsmaßstab
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe**

Bek. v. 20.3.2000

Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe hat in ihrer Sitzung vom 15.3.2000 die Neufassung der Anlage zum Honorarverteilungsmaßstab der KZVWL beschlossen:

Anlage zum HVM für das Jahr 2000

**§ 1
Grundsätze**

1.

Die Regelungen dieser Anlage gelten ab 01.01.2000, bis die Vertreterversammlung etwas anderes beschließt.

2.

Die Regelungen sollen die Umsetzung der folgenden gesetzlichen Vorgabe gewährleisten:

Gemäß § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V hat der Honorarverteilungsmaßstab sicherzustellen, dass die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt wird.

§ 2

Honorarverteilung für KCH und KB (Leistungen der Bema-Teile 1, 2 bzw. GebT A, B)

1

Bis zu einem Grenzwert (Punktmenge) werden die Leistungen der Bema- Teile 1 und 2 bzw. GebT A und B mit den vertraglich vereinbarten Punktwerten vergütet. Die Leistungen nach Bema-Teil 1/GebT A werden ohne Individualprophylaxe (IP 1-5; FU 1-3) berücksichtigt.

2

Bestimmung des Grenzwertes (Bemessungsgrenze):

Grundlage für die Bestimmung des Grenzwertes sind die Abrechnungsvolumina des Vorjahres.

Der Grenzwert (in Punkten) pro Fall ermittelt sich aus den entsprechenden Punktmengen des vorangegangenen Abrechnungsjahres. Daraus wird die durchschnittliche Punktmenge pro Fall ermittelt. Der Grenzwert wird an den rechnerischen Ergebnissen orientiert, variiert, vom Vorstand festgelegt und im amtlichen Mitgliederrundschreiben veröffentlicht.

3

Die durchschnittliche Fallzahl wird aus den KCH- und KB-Abrechnungen der eigenen und fremden Primärkassen, der Bundesknappschaft und der Ersatzkassen unter Berücksichtigung der Inhaber aller zahnärztlichen Praxen ermittelt. Für die Zuordnung zu einer Fallzahlgruppe ist die Zahl der gleichberechtigten Inhaber maßgebend sowie die nach § 9 dieser Anlage zu berücksichtigenden angestellten Zahnärzte und Assistenten. Die von einer Gemeinschaftspraxis abgerechneten Fälle werden durch die Zahl der sie betreibenden Praxisinhaber geteilt.

Der durchschnittliche Fallwert wird getrennt nach Zahnärzten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Oralchirurgen, Parodontologen und Kieferorthopäden sowie getrennt nach Primärkassen einschließlich Bundesknappschaft und Ersatzkassen ermittelt.

4

Die Fallzahl je Praxis wird ermittelt aus den Abrechnungsfällen der KCH- und Kieferbruchabrechnungen für die eigenen und fremden Primärkassen, die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen.

5

In einem Quartal nicht verbrauchte KCH/KB-Punktmengen werden auf die Folgeabrechnungen, getrennt nach Primär- einschließlich Bundesknappschaft und Ersatzkassen übertragen. Nicht vergütete Punktmengen werden in den Folgequartalen, getrennt nach Primär- und Ersatzkassen, einschließlich Bundesknappschaft in dem Volumen vergütet, in dem die Grenzwertpunktmenge in den Folgequartalen unterschritten wird.

6

Unter dem Vorbehalt einer entsprechenden Regelung in den Gesamtverträgen erfolgt der nachfolgend beschriebene weitere Zahlungsausgleich. Je Praxis wird nach Abwicklung aller monatlichen Januar bis Dezember Abrechnungen der Bema-Teile 2 und 5/GebT B und C und aller Quartalsabrechnungen eines Kalenderjahres des Bema-Teils 1/GebT A ein Ausgleich zwischen den KCH/KB- und ZE-Honorarvergütungen nach dieser Anlage vorgenommen. Dieser Ausgleich erfolgt getrennt nach Primärkassen einschl. Bundesknappschaft und Ersatzkassen. Die nicht ausgeschöpften Grenzwertbeträge für Prothetik werden bei der Honorarverteilung KCH und KB gemäß § 2 dieser Anlage berücksichtigt. Ebenso werden nicht ausgeschöpfte Honorare aus der KCH/KB-Vergütung für prothetische Vergütungen verwandt, soweit dort Überschreitungen vorliegen. Die Regelung gilt nicht für Kiefer-orthopäden/Zahnärzte gemäß § 5 dieser Anlage.

7

Die Staffelung der Zu- und Abschläge wird wie folgt vorgenommen:

7.1

Für die Gruppe der Zahnärzte wird die Staffelung der Zuschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

1-150 Fälle um 50 %
151- 250 um 40 %
251- 350 um 30 %
351- 450 um 20 %
451- 500 um 10 %
501- 550 Durchschnitt

Praxen oberhalb der durchschnittlichen Fallzahlgröße erhalten einen Abschlag vom Grenzwert für alle Fälle, die über die durchschnittliche Fallzahl hinaus abgerechnet werden.

Die Staffelung der Abschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) wird folgendermaßen festgesetzt:

551- 730 Fälle um 10 %
731- 910 um 20 %
911- 1090 um 30 %
1091 und > um 40 %

7.2

Für die Gruppe der Kieferorthopäden/Zahnärzte gem. § 5 dieser Anlage wird die Staffelung der Zuschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

1-130 Fälle um 50 %
131- 240 um 40 %
241- 340 um 30 %
341- 440 um 20 %
441- 490 um 10 %
491- 540 Durchschnitt

Für die Gruppe der Kieferorthopäden/Zahnärzte gem. § 5 dieser Anlage wird die Staffelung der Abschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

541- 650 Fälle um 10 %
651- 780 um 20 %
781- 910 um 30 %
911 und > um 40 %

7.3

Für die Gruppe der Oralchirurgen wird die Staffelung der Zuschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

1- 130 Fälle um 50 %
131- 240 um 40 %
241- 340 um 30 %
341- 440 um 20 %
441- 490 um 10 %
491- 540 Durchschnitt

Für die Gruppe der Oralchirurgen wird die Staffelung der Abschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

541- 650 Fälle um 10 %
651- 780 um 20 %
781- 910 um 30 %
911 und > um 40 %

7.4

Für die Gruppe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen wird die Staffelung der Zuschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

1-100 Fälle um 50 %
101- 200 um 40 %
201- 300 um 30 %
301- 400 um 20 %
401- 450 um 10 %
451- 500 Durchschnitt

Für die Gruppe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen wird die Staffelung der Abschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

501- 600 Fälle um 10 %
601- 700 um 20 %
701- 800 um 30 %
801 und > um 40 %

7.5.

Für die Gruppe derjenigen Zahnärzte mit der Zusatzbezeichnung "Parodontologie" oder Fachzahnarzt für Parodontologie wird die Staffelung der Zuschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

1- 100 Fälle um 50 %
101- 200 um 40 %
201- 300 um 30 %
301- 400 um 20 %
401- 450 um 10 %
451- 500 Durchschnitt

Für die Gruppe derjenigen Zahnärzte mit der Zusatzbezeichnung "Parodontologie" oder Fachzahnarzt für Parodontologie wird die Staffelung der Abschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

501- 680 Fälle um 10 %
681- 860 um 20 %
861- 1040 um 30 %
1041 und > um 40 %

8

Für Zahnärzte und Oralchirurgen, deren Umsatz im jeweils abgerechneten Quartal zu 80 % und mehr aus chirurgischen Leistungen besteht, gelten im Abrechnungsquartal die Grenzwerte der Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgen.

Bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen, unter Beteiligung von Zahnärzten, Oralchirurgen, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, erfolgt eine Zuordnung zur Gruppe Oralchirurgen, sofern der Gesamtumsatz zu mehr als 50 % aus KCH-Leistungen besteht.

Bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen zwischen Zahnärzten und Parodontologen wird die Praxis der Gruppe mit dem im Durchschnitt höheren Grenzwert zugewiesen.

9

Die KZVWL leistet auf die Abrechnungen der Zahnärzte nach Teil1 und 2 des Bema-Z bzw. nach den Gebührentarifen A und B innerhalb des festgelegten Abrechnungszeitraumes Abschlagszahlungen.

Die Abschlagszahlungen beziehen sich auf den entsprechenden Abrechnungszeitraum des Vorjahres. Es gelten die bestehenden Regelungen des § 8 des HVM.

§ 3

Honorarverteilung für PAR (Leistungen des BEMA-Teils 4 bzw. GebT E)

Grenzwertfestsetzung:

1.

Bis zu einem Jahresgrenzwert, der sich aus der Multiplikation von 120 Fällen mit dem durchschnittlichen Parodontose-Fallwert des vorangegangenen Abrechnungsjahres ergibt, werden Leistungen für Parodontosebehandlungen einschl. der Material- und Laborkosten vergütet. Der Jahresgrenzwert wird vom Vorstand ermittelt. Berücksichtigt werden alle zu den veröffentlichten Abrechnungsterminen Januar bis Dezember des Kalenderjahres- eingereichten Abrechnungen. Leistungen, die über diesen Grenzwert hinaus erbracht werden, werden mit einem 59 %igen Abschlag vergütet, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen.

2.

Die Entwicklung des PAR-Umsatzvolumens wird beobachtet. Bei überproportionaler Abweichung von den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres erfolgt eine entsprechende Anpassung der KCH-Grenzwerte durch den Vorstand.

Zahlungen:

3.

Die monatlich einzureichende PAR-Abrechnung wird zunächst mit maximal 1/12 des unter 1) definierten Grenzwertes vergütet.

Leistungen, die über diesen Grenzwert hinaus abgerechnet werden, werden mit einem 59 %igen Abschlag vergütet.

Wird der monatliche Grenzwert unterschritten, wird der nicht ausgeschöpfte Grenzwert dem Zahnarzt für den Folgemonat bzw. die Folgemonate des Kalenderjahres zur Verfügung gestellt. Bisher nicht vergütete Leistungen werden bis zum monatlichen Grenzwert nachvergütet.

§ 4

Honorarverteilung für ZE (Leistungen des Bema-Teils 5/GebT C)

Grenzwertfestsetzung:

1.

Der Vorstand ermittelt für Leistungen nach dem Bema-Teil 5 bzw. dem Gebührentarif C (ohne zahntechnische Leistungen) den um einen Sicherheitsabschlag reduzierten Jahresgrenzwert. Grundlage für den Jahresgrenzwert bildet der KZVWL-Durchschnittswert des Vorjahreszeitraumes in DM unter Bezugnahme auf die jeweiligen gesamtvertraglichen Regelungen.

Der Grenzwert wird getrennt ermittelt für die Gruppen der Zahnärzte, Oralchirurgen, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen und Parodontologen.

2.

Der jeweilige Grenzwert für diese Leistungen orientiert sich an den durchschnittlichen Fallzahlen der KCH-Abrechnung der jeweiligen Quartale des Kalenderjahres (insgesamt für Ersatzkassen und Primärkassen einschließlich Bundesknappschaft). Für das laufende Kalenderjahr werden zunächst die Fallzahlen des zweiten Vorjahresquartals zugrundegelegt. Nach dem Vorliegen aller Quartalsabrechnungen wird die Berechnung gemäß Satz 1 vorgenommen.

Der Grenzwert wird bei KCH-Fallzahlen
zwischen

1 bis 150 um 32 %
151 bis 250 um 24 %
251 bis 350 um 16 %
351 bis 450 um 8 %

abgesenkt,

und bei KCH-Fallzahlen
zwischen

551 bis 730 um 8 %
731 bis 910 um 16 %
911 bis 1090 um 24 %
1091 und mehr um 32 %

erhöht.

3.

Leistungen, die über dem jeweiligen Grenzwert abgerechnet werden, werden mit einem 59 %igen Abschlag vergütet, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen.

Der Grenzwert wird pro Inhaber angewandt.

Zahlungen:

4.

Die monatlich einzureichende Zahnersatzabrechnung wird grundsätzlich zunächst mit maximal 1/12 des unter Ziffern 1) und 2) definierten Jahresgrenzwertes vergütet. Leistungen, die über diesen monatlichen Grenzwert hinaus abgerechnet werden, werden mit einem 59 %igen Abschlag vergütet.

5.

Wird der monatliche Grenzwert unterschritten, wird das nicht ausgeschöpfte Kontingent dem Zahnarzt für den Folgemonat bzw. die Folgemonate des Kalenderjahres zur Verfügung gestellt. Bisher nicht vergütete Leistungen werden bis zum monatlichen Grenzwert nachvergütet.

6.

Je Praxis wird ein Ausgleich zwischen den KCH/KB- und ZE- Honorarvergütungen nach dieser Anlage, getrennt nach Primärkassen einschl. Bundesknappschaft und Ersatzkassen gemäß § 2 Abs. 6 dieser Anlage vorgenommen.

7.

Das endgültige Ausgleichsverfahren erfolgt nach Abschluss des IV. Quartals.

§ 5

Honorarverteilung für KFO (Leistungen des Bema-Teils 3/GebT. D) Kieferorthopäden und Zahnärzte mit 80 % und mehr KFO-Umsatz

Grenzwertfestsetzung:

1.

An der Honorarverteilung nehmen Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätige Zahnärzte teil, deren Punktevolumen im Abrechnungsjahr zu 80 % und mehr aus kieferorthopädischen Leistungen besteht. Grundlage der Ermittlung sind die aus allen Abrechnungsbereichen abgerechneten Punktmengen mit Ausnahme der Punkte aus der Individualprophylaxe (IP 1-5, FU 1-3).

2.

Aus den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres dieser Gruppe wird der Durchschnittswert je Behandler ermittelt und um einen vom Vorstand festzulegenden Sicherheitsabschlag gemindert. Bis zu diesem Jahresgrenzwert in DM je Behandler erfolgt eine ungeminderte Vergütung von KFO-Leistungen.

3.

Die Vergütung bei Überschreitung des Grenzwertes erfolgt pro Praxis gemindert um 45 %, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen.

4.

Die monatlichen Kfo-Zahlungen betragen maximal 25 % der Zahlungen des entsprechenden Vorjahresquartals, gemindert um den unter Ziffer 2) genannten Sicherheitsabschlag.

5.

Je Quartal wird 1/4 des unter Ziffer 2) definierten Jahresgrenzwertes zur Verfügung gestellt.

Nach der Abrechnung eines jeden Quartals erfolgt die Saldierung der vg. Zahlungen zum tatsächlichen Abrechnungsvolumen.

Die sich so ergebende Restzahlung erfolgt schnellstmöglich nach Eingang der Zahlungen aller Krankenkassen.

6.

Ergibt sich nach Saldierung eine Unterschreitung des KZVWL-Grenzwertes, wird das nicht ausgeschöpfte Kontingent für das Folgequartal zur Verfügung gestellt.

7.

Das endgültige Ausgleichsverfahren erfolgt nach Abschluss des IV. Quartals.

8.

Zugelassene oder ermächtigte Kieferorthopäden erhalten für die ersten 4 Quartale nach Aufnahme ihrer Tätigkeit als Neugründer die Zuweisung des Grenzwertes gem. § 5 Ziffer 2.

§ 6

Honorarverteilung für KFO (Leistungen des Bema Teils 3/GebT. D)

Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätige Zahnärzte, deren Umsatz im Bereich KFO weniger als 80 % und mehr als 20 % ausmacht

Grenzwertfestsetzung:

1.

An dieser Honorarverteilung nehmen diejenigen Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte teil, deren Punktevolumen im Abrechnungsjahr zu weniger als 80 % und mehr als 20 % aus kieferorthopädischen Leistungen besteht. Grundlage der Ermittlung sind die aus allen Abrechnungsbereichen abgerechneten Punktmengen mit Ausnahme der Punkte aus der Individualprophylaxe (IP 1-5, FU 1-3).

2.

Aus den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres dieser Gruppe wird der Durchschnittswert je Behandler ermittelt und um einen vom Vorstand festzulegenden Sicherheitsabschlag gemindert. Bis zu diesem Jahresgrenzwert je Behandler erfolgt eine ungeminderte Vergütung von KFO-Leistungen.

3.

Die Vergütung bei Überschreitung des Grenzwertes erfolgt pro Praxis gemindert um 45 %, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen.

4.

Zahnärzte und Kieferorthopäden, die an dieser Honorarverteilung teilnehmen, erhalten für die Honorarverteilung nach § 2 den Grenzwert der Zahnärzte, soweit nicht eine andere Fachgruppenzuordnung erforderlich wird.

5.

Die monatlichen KFO-Zahlungen betragen maximal 25 % der Zahlungen des entsprechenden Vorjahresquartals, gemindert um den unter Ziffer 2) genannten Sicherheitsabschlag.

6.

Je Quartal wird 1/4 des unter Ziffer 2) definierten Jahresgrenzwertes zur Verfügung gestellt.

Nach der Abrechnung eines jeden Quartals erfolgt die Saldierung der vg. Zahlungen zum tatsächlichen Abrechnungsvolumen.

Die sich so ergebende Restzahlung erfolgt schnellstmöglich nach Eingang der Zahlungen aller Krankenkassen.

7.

Ergibt sich nach Saldierung eine Unterschreitung des Jahresgrenzwertes, wird das nicht ausgeschöpfte Kontingent für das Folgequartal zur Verfügung gestellt.

8.

Das endgültige Ausgleichsverfahren erfolgt nach Abschluss des IV. Quartals.

§ 7

Honorarverteilung für KFO (Leistungen des Bema Teils 3/GebT. D)

**Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätige Zahnärzte,
deren Umsatz im Bereich KFO 20 % und weniger ausmacht**

Grenzwertfestsetzung:

1.

An dieser Honorarverteilung nehmen diejenigen Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte teil, deren Punktevolumen im Abrechnungsjahr zu 20 % und weniger aus kieferorthopädischen Leistungen besteht. Grundlage der Ermittlung sind die aus allen Abrechnungsbe-
reichen abgerechneten Punktmengen mit Ausnahme der Punkte aus der Individualprophylaxe (IP 1-5; FU 1-3).

2.

Aus den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres dieser Gruppe wird der Durchschnittswert je Behandler ermittelt und um einen vom Vorstand festzulegenden Sicherheitsabschlag gemindert. Bis zu diesem Jahresgrenzwert je Behandler erfolgt eine ungeminderte Vergütung von KFO-Leistungen.

3.

Die Vergütung bei Überschreitung des Grenzwertes erfolgt pro Praxis gemindert um 15 %, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen.

4.

Zahnärzte und Kieferorthopäden, die an dieser Honorarverteilung teilnehmen, erhalten für die Honorarverteilung nach § 2 den Grenzwert der Zahnärzte, soweit nicht eine andere Fachgruppenzuordnung erforderlich wird.

5.

Die monatlichen KFO-Zahlungen betragen maximal 25 % der Zahlungen des entsprechenden Vorjahresquartals, gemindert um den unter Ziffer 2) genannten Sicherheitsabschlag.

6.

Je Quartal wird 1/4 des unter Ziffer 2) definierten Jahresgrenzwertes zur Verfügung gestellt.

Nach der Abrechnung eines jeden Quartals erfolgt die Saldierung der vg. Zahlungen zum tatsächlichen Abrechnungsvolumen.

Die sich so ergebende Restzahlung erfolgt schnellstmöglich nach Eingang der Zahlungen aller Krankenkassen.

7.

Ergibt sich nach Saldierung eine Unterschreitung des Jahresgrenzwertes, wird das nicht ausgeschöpfte Kontingent für das Folgequartal zur Verfügung gestellt.

8.

Das endgültige Ausgleichsverfahren erfolgt nach Abschluss des IV. Quartals.

§ 8

Grenzwertfestsetzung/Grenzwertanpassung

Der Vorstand setzt die durch die Verwaltung ermittelten jeweiligen Grenzwerte nach den §§ 2 bis 7 fest und veröffentlicht sie rechtzeitig im amtlichen Rundschreiben. Der Vorstand kann die gem. §§ 2 bis 7 festgesetzten KZVWL-Grenzwerte anpassen, wenn sich im Laufe des Kalenderjahres abzeichnet, dass eine Budgetüberschreitung bzw. Budgetunterschreitung zu erwarten ist. Die Anpassung darf nur in Höhe des Prozentsatzes erfolgen, der der voraussichtlichen Budgetüberschreitung bzw. Budgetunterschreitung entspricht.

Änderungen der KZVWL-Grenzwerte hat der Vorstand rechtzeitig in amtlichen Rundschreiben bekannt zu geben.

§ 9

Praxisinhaber/Angestellter Zahnarzt/Assistent

1.

Bei der Honorarverteilung nach dieser Anlage wird jeder Praxisinhaber berücksichtigt. Bei der Honorarverteilung im Bereich der Grenzwertüberschreitung gem. §§ 5, 6 und 7 wird die Praxis berücksichtigt.

2.

Bei den §§ 2, 3, 5, 6 und 7 dieser Anlage wird die Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes gem. 32 (b) Zahnärzte-ZV entsprechend der Entscheidung des Zulassungsausschusses berücksichtigt. Die zu berücksichtigende Quote für die Behandlerzahl verringert sich bei Teilzeitbeschäftigung entsprechend der Beschäftigungszeit.

Ein vom Zulassungsausschuss bis zum 30.06.1997 genehmigter angestellter Zahnarzt wird bei der Behandlerzahl mit 70 % berücksichtigt.

3.

Bei den §§ 2, 5, 6 und 7 dieser Anlage wird für die Beschäftigung eines Ausbildungs- oder Weiterbildungsassistenten eine Quote von 25 % für die zugrundegelegende Behandlerzahl festgesetzt. Die zu berücksichtigende Quote für die Behandlerzahl verringert sich bei Teilzeitbeschäftigung entsprechend der Beschäftigungszeit.

§ 10

Anrechnungsverfahren

Werden Leistungen nach Anwendung dieser Honorarverteilung geringer vergütet, sind diese Kürzungsbeträge auf die Kürzungsbeträge im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung anzurechnen. Die Anrechnung erfolgt nur, wenn die Kürzungsbeträge im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung die geringeren Vergütungen aus der Honorarverteilung nach dieser Anlage nicht berücksichtigt haben.

§ 11

Jahresausgleichsverfahren

Einbehaltende oder zurückzuzahlende Beträge sind wie folgt zu verwenden:

1.

Zunächst sind die Feststellungen hinsichtlich Budgetüber- und unterschreitung zu treffen.

2.

Notwendige Rückzahlungen an die Krankenkassen bei einer festgestellten Überschreitung des Budgets sind zu leisten.

3.

Bei festgestellter Unterschreitung des Budgets hinsichtlich KCH- und Kieferbruch, Parodontose, Prothetik oder Kieferorthopädie werden die nach den Bestimmungen dieser Anlage einbehaltenen Beträge anteilig an die Zahnärzte zurückgezahlt, die von der Kürzung betroffen waren, sobald die Krankenkassen die Nachzahlungen geleistet haben.

4.

Stehen weitere Beträge zur Honorarverteilung zur Verfügung, sind diese Beträge anteilig, orientiert am Abrechnungsvolumen für Leistungen, die der Begrenzung nach dieser Anlage unterliegen, nachzuvergüten.

5.

Unter dem Vorbehalt entsprechender gesamtvertraglicher Regelungen wird ein Budgetausgleich hinsichtlich der Abrechnungsarten KCH und KB, Parodontose, Prothetik sowie Kieferorthopädie wie folgt vorgenommen:

Zunächst werden Budgetüber- und unterschreitungen zwischen den Abrechnungen KCH/KB mit Zahnersatz und soweit weitere Beträge zur Verfügung stehen mit PAR-Abrechnungen ausgeglichen.

Danach findet ein Abgleich mit den KFO-Abrechnungen statt.

Bei festgestellter Budgetunterschreitung für kieferorthopädische Abrechnungen werden zunächst Überschreitungen der KCH/KB-Abrechnungen, danach der PAR-Abrechnungen und dann der Prothetik-Abrechnungen ausgeglichen.

6.

Reichen die einbehaltenen Beträge nicht aus, um die berechtigten Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen zu befriedigen, wird die getrennt ermittelte prozentuale Überschreitung anteilig, orientiert am Abrechnungsvolumen für die Bereiche KCH und KB, PAR, Prothetik und Kieferorthopädie, einbehalten.

§ 12 Inkrafttreten

Die von der Vertreterversammlung am 15.03.2000 beschlossene Anlage zum HVM tritt zum 01.01.2000 in Kraft.

Diese Anlage gilt, bis die Vertreterversammlung etwas anderes beschließt.

Münster, den 20.3.2000

Dr. Dietmar Gorski
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Walter Dieckhoff
Vorsitzender der Vertreterversammlung

MBI. NRW 2000 S. 684